

Stress, Emozioni e Stati Affettivi

Identificazione Precoce e Prevenzione dei Disturbi Affettivi

Programma di Studio Internazionale

Questionario Sulla Salute (ZGF)

St. Kuny and H. H. Stassen

STUDIO	[_ _ _ _]	1-4
GRUPPO	[_ _]	5-6
PERSONA	[_ _ _]	7-9
RATING	[_ _ _]	10-12
Sesso (1= maschio, 2= femmina)	[_]	15
Data di nascita (giorno=01/Mese/Anno)	[0 1 : _ _ : _ _ _ _]	16-21
Altezza (in cm)	[_ _ _]	22-24
Peso (in kg)	[_ _ _]	25-27
Istruzione		
(1= elementare, 2= media, 3=superiore, 4= universitaria)	[_]	49
DATA (Giorno/Mese/Anno)	[_ _ : _ _ : _ _ _ _]	50-57
INTERVISTATORE	[_ _ _]	58-60
LUOGO DEL' INTERVISTA	[_ _]	61-62



Come rispondere alle domande del questionario: Per favore, legga con attenzione le domande e scelga la risposta più adatta. Se ha la sensazione che nessuna risposta sia adatta a Lei, scelga comunque quella che più Le si addice. **I suoi dati e le sue risposte saranno trattati con riservatezza!**

Numero della carta

1-12 dupl
[_ _] 13-14

ABITUDINE AL FUMO

Lasciare in bianco

Quanto fuma in media **al giorno?**

- | | | |
|------------------------|---|----------|
| 1) Numero di sigarette | nessuna <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4) | [_] 15 |
| 2) Numero di sigari | nessuno <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4) | [_] 16 |
| 3) Uso della pipa | nessuna <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4) | [_] 17 |

ALCOOL

Quanto consuma in media **alla settimana?**

- | | | |
|--|---|----------|
| 1) Bicchieri di birra | nessuno <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4) | [_] 18 |
| 2) Bicchieri di vino | nessuno <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4) | [_] 19 |
| 3) Bicchieri di aperitivo, liquori, cognac, whiskey, etc | nessuno <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4) | [_] 20 |

Come rispondere alle domande del questionario: Per favore, legga con attenzione le domande e scelga la risposta più adatta. Se ha la sensazione che nessuna risposta sia adatta a Lei, scelga comunque quella che più Le si addice. **I suoi dati e le sue risposte saranno trattati con riservatezza!**

UTILIZZO DI FARMACI

Lasciare in bianco

Che quantità dei seguenti farmaci ha consumato durante gli **ultimi 3 mesi**?

- | | | | | |
|----|--|------------------------------------|-----|----------|
| 1) | <i>Sonniferi (Minias, Lendormin)</i> | mai <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | più di 20 <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> | | (5) | [_] 21 |
| | | | | |
| 2) | <i>Analgesici</i> | mai <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | più di 20 <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> | | (5) | [_] 22 |
| | | | | |
| 3) | <i>Sedativi (p.es. Valium, Librium)</i> | mai <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | più di 20 <input type="checkbox"/> | (4) | |
| | nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> | | (5) | [_] 23 |
| | | | | |
| 4) | <i>Prende regolarmente altri farmaci?</i> | no <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | sì <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 24 |
| | | | | |
| | <i>Se sì, quali? (Pillola contraccettiva esclusa)</i> | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 5) | <i>Solo per le donne: prende la pillola?</i> | no <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | sì <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 25 |
| | | | | |
| | <i>Se sì, quale?</i> | | | |
| | | | | |

DROGHE: Le assicuriamo che i Suoi dati e le Sue risposte saranno trattati secondo il segreto professionale e usati solo per questa ricerca.

USO DI SOSTANZE

Lasciare in bianco

Con che frequenza ha consumato le seguenti droghe durante gli **ultimi 3 mesi**?

- | | | |
|--|---|----------|
| 1) <i>Haschisch/cannabis</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
1-3 volte <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4)
nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) | [_] 26 |
| 2) <i>LSD, STP, mescalina, "Funghi allucinogeni"</i> | Mai <input type="checkbox"/> (0)
1-3 volte <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4)
nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) | [_] 27 |
| 3) <i>Oppiacei (eroina, morfina, oppio), metadone</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
1-3 volte <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4)
nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) | [_] 28 |
| 4) <i>Cocaina, Crack, Base libre</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
1-3 volte <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4)
nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) | [_] 29 |
| 5) <i>Anfetamine, Speed, MDMA, Ecstasy, MDE, "Eve"</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
1-3 volte <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4)
nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) | [_] 30 |
| 6) <i>Altri stupefacenti</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
1-3 volte <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
più di 20 <input type="checkbox"/> (4)
nelle ultime 2 settimane quasi giornalmente <input type="checkbox"/> (5) | [_] 31 |

DATI SULLA SALUTE: Le assicuriamo che i Suoi dati e le Sue risposte saranno trattati secondo il segreto professionale e usati solo per questa ricerca.

STATO DI SALUTE FISICA

Lasciare in bianco

Ha già avuto **nel corso della sua vita** i seguenti disturbi o malattie?

- | | | |
|---|--|----------|
| 1) Disturbi epatici (anche ittero) | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | sì <input type="checkbox"/> (1) | [_] 32 |
| 2) Disturbi renali | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | sì <input type="checkbox"/> (1) | [_] 33 |
| 3) Diabete | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | sì <input type="checkbox"/> (1) | [_] 34 |
| 4) Altri disturbi del metabolismo | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | sì <input type="checkbox"/> (1) | [_] 35 |
| Se sì, quali? | | |
| 5) Meningite | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | sì <input type="checkbox"/> (1) | [_] 36 |
| 6) Convulsioni, crisi epilettiche | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | sì <input type="checkbox"/> (1) | [_] 37 |
| 7) Emicrania, altri tipi di cefalea | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | sì <input type="checkbox"/> (1) | [_] 38 |
| 8) Traumi cranici, contusioni cerebrali, commozione cerebrale con perdita dei sensi, emorragia cerebrale | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | sì <input type="checkbox"/> (1) | [_] 39 |
| 9) Allergie: asma, raffreddore da fieno, eczema (acne escluso) | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | sì <input type="checkbox"/> (1) | [_] 40 |
| 10) Ha avuto complicazioni alla nascita?
(Parto strumentale, ventosa, lunga durata del parto, parto prematuro) | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | sì <input type="checkbox"/> (1) | |
| | non so <input type="checkbox"/> (9) | [_] 41 |
| 11) Fa delle escursioni a piedi? | raramente <input type="checkbox"/> (0) | |
| | occasionalmente <input type="checkbox"/> (1) | |
| | regolarmente <input type="checkbox"/> (2) | [_] 42 |
| 12) Va in bicicletta? | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | occasionalmente <input type="checkbox"/> (1) | |
| | regolarmente <input type="checkbox"/> (2) | [_] 43 |
| 13) Pratica sport? | no <input type="checkbox"/> (0) | |
| | occasionalmente <input type="checkbox"/> (1) | |
| | regolarmente <input type="checkbox"/> (2) | [_] 44 |

DATI SULLA SALUTE: Le assicuriamo che i Suoi dati e le Sue risposte saranno trattati secondo il segreto professionale e usati solo per questa ricerca.

Ha avuto negli **ultimi 6 mesi** i seguenti disturbi?

- | | | | Lasciare in bianco |
|-----|--|---|--------------------|
| 1) | <i>Cefalea</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 45 |
| 2) | <i>Disturbi del sonno</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 46 |
| 3) | <i>Disturbi di concentrazione o memoria</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 47 |
| 4) | <i>Peggioramento rapido della vista</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 48 |
| 5) | <i>Disturbi della vista (sdoppiamento visivo, offuscamento, ecc.)</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 49 |
| 6) | <i>Vertigini</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 50 |
| 7) | <i>Svenimenti</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 51 |
| 8) | <i>Lieve debolezza unilaterale (anche paralisi transitoria di braccio o gamba)</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 52 |
| 9) | <i>Tremori, difficoltà di deambulazione (altri problemi di astinenza)</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 53 |
| 10) | <i>Senso di anestesia o formicolio in parti del corpo</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 54 |

DATI SULLA SALUTE: Le assicuriamo che i Suoi dati e le Sue risposte saranno trattati secondo il segreto professionale e usati solo per questa ricerca.

Ha avuto negli **ultimi 6 mesi** i seguenti disturbi?

- | | | | Lasciare in bianco |
|-----|--|---|--------------------|
| 11) | <i>Mancanza d'appetito, difficoltà di deglutizione</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 55 |
| 12) | <i>Bruciori o dolori allo stomaco</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 56 |
| 13) | <i>Ulcera gastrica o duodenale</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 57 |
| 14) | <i>Stipsi, diarrea, mal di pancia</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 58 |
| 15) | <i>Grandi variazioni di peso</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 59 |
| 16) | <i>Allergie della pelle, raffreddore da fieno</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 60 |
| 17) | <i>Attacchi d'asma</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 61 |
| 18) | <i>Mal di schiena</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 62 |
| 19) | <i>Dolori al cuore (fitte, senso di oppressione)</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (1)
spesso <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 63 |
| 20) | <i>Solo per donne: disturbi mestruali
(Dolori, irascibilità)</i> | mai <input type="checkbox"/> (0)
spesso <input type="checkbox"/> (1)
occasionalmente <input type="checkbox"/> (2)
perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> (3) | [_] 64 |

DATI SULLA SALUTE: Le assicuriamo che i Suoi dati e le Sue risposte saranno trattati secondo il segreto professionale e usati solo per questa ricerca.

STATO DI SALUTE MENTALE

Lasciare in bianco

Ha già avuto **nel corso della sua vita** i seguenti disturbi?

- | | | | | |
|----|---|--|-----|----------|
| 1) | <i>Paure irrazionali causate da situazioni specifiche</i>
<i>(Folle, piazze, animali)</i> | mai <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | occasionalmente <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | spesso <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 65 |
| 2) | <i>Attacchi di paura senza motivo</i> | mai <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | occasionalmente <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | spesso <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 66 |
| 3) | <i>Disturbi nervosi</i> | mai <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | occasionalmente <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | spesso <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 67 |
| 4) | <i>Umore molto depresso</i>
<i>(Mancanza di energia e volontà, non vedere</i>
<i>più un senso nella propria vita)</i> | mai <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | occasionalmente <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | spesso <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 68 |
| 5) | <i>Intenzione di porre fine alla propria vita</i> | mai <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | occasionalmente <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | spesso <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 69 |
| 6) | <i>Disturbi ossessivo-compulsivi</i>
<i>(Dover ripetere delle azioni specifiche,</i>
<i>controllare, lavarsi, ecc.)</i> | mai <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | occasionalmente <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | spesso <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | perciò in cura dal medico <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 70 |
| 7) | <i>È già stato in cura da uno psichiatra o psicologo?</i>
<i>(Non considerare consulenza professionale</i>
<i>o test attitudinali, etc)</i> | no <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | sì <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 71 |
| 8) | <i>Qualcuno della sua famiglia è già stato in</i>
<i>cura da uno psichiatra o psicologo?</i>
<i>Se sì,</i> | no <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | sì <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | padre <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | madre <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 72 |
| 9) | <i>Qualcuno della sua famiglia si è tolto</i>
<i>la vita?</i>
<i>Se sì,</i> | no <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | sì <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | padre <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | madre <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 73 |